

## بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی<sup>۱</sup>

### *Relationship between Social support and mental health among female-headed households employed a military university*

فریده حمیدی\*

#### Abstract

**Introduction:** The family as the most important social institution has the main role in the reconstruction of societies and health guarantees. Today, many families only are under the supervision of a parent. An important part of the process of working with families, single parents, to determine the sources of social support networks available for this type of control families and households is "Mental Health". Therefore, this study reviews the relationship between social support and mental health in Women-headed household whose are employed in the Sepah.

**Method:** A total of 60 women heads of households employed in the Corps selected from seven provinces by purposeful sampling, perceived social support from family and friends (PSSFA & PSSFR) as a social support questionnaire - and general health questionnaire (GHQ-28) were applied. Data was analysis by Pearson statistical correlation.

**Results:** results showed that the relationship between social support and mental health (total score) is significance ( $0.330-r =$  and  $0.05 p \leq$ ). Also results indicated a significant relationship between family support and with two components depression scale ( $r = -0.504$ ) and anxiety ( $r = -0.387 p \leq 0.01$ ), but results didn't indicate a significant relationship with Friend Support with the total score of mental health in the sample.

**Discussion:** The more social protection of women-headed households is happened, they may have more likely better mental health. And also results showed Family Protection has the most important role in mental health of women headed of household.

**Key words:** Mental Health, Social Support, Friend Support, Family Support, Women-headed households

#### چکیده

**مقدمه:** خانواده به عنوان مهم‌ترین نهاد اجتماعی است که نقش اصلی سازندگی جوامع و سلامتی آن را تضمین می‌نماید. در خانواده‌هایی که به دلایل متعددی زنان عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می‌گردند، نقش حمایتی خانواده، دوستان و سازمان‌های ذیربط در تحقق عدالت اجتماعی و پیشگیری از آسیب‌های خانوادگی و اجتماعی بسیار بارز و پراهمیت می‌گردد. از اینرو هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار شاغل در سپاه پاسداران است.

**روش:** تعداد ۶۰ نفر از زنان سرپرست خانوار شاغل در سپاه که به روش هدفمند از هفت استان کشور انتخاب شدند، مورد آزمون قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی - مقیاس خانواده PSSFA و دوستان PSSFR و سلامت عمومی GHQ-28 بود که از روایی و اعتبار خوبی برخوردار بودند. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی (نمره کل) در نمونه مورد بررسی، وجود دارد ( $r = -0.330$  و  $p \leq 0.05$ ) همچنین نتایج بیانگر رابطه معنادار حمایت خانواده در کل و نیز با خرده مقیاس‌های افسردگی D ( $r = -0.504$ ) و خرده مقیاس اضطراب و اختلال خواب B است ( $r = -0.387$ ،  $p \leq 0.01$ )، اما متغیر حمایت دوستان رابطه معناداری با نمره کل سلامت روانی در نمونه مورد مطالعه نشان نداد.

**بحث:** نتایج نشان می‌دهد هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بیش‌تری بهره‌مند گردند، از میزان سلامت روانی بیش‌تری نیز برخوردار می‌شوند و احتمال بروز افسردگی و اضطراب در آنان کم‌تر خواهد شد. همچنین نتایج بیانگر نقش بیش‌تر حمایت خانواده در سلامت روانی زنان سرپرست خانواده است.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، حمایت اجتماعی، حمایت دوستان، حمایت خانواده، زنان سرپرست خانوار

E-mail: fhamidi@srutu.edu

\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، گروه روان شناسی و علوم تربیتی.

۱- این پژوهش با حمایت مالی مالی و اعتباری مرکز مطالعات زنان و خانواده دانشگاه جامع امام حسین (ع) و با همکاری معاونت محترم

پژوهشی دانشکده و پژوهشکده علوم اجتماعی و فرهنگی این دانشگاه انجام شده است.

## مقدمه

خانواده، کوچک‌ترین و مقدس‌ترین نهاد اجتماعی است که با پیمان مقدس ازدواج شکل می‌گیرد. اسلام با مدنظر قرار دادن تأثیرات خانواده در تربیت فرزندان، سلامت اجتماع را در گروی خانواده سالم می‌داند و برای خانواده اهمیت فراوان قائل است و آن را سنگ بنای مهم حیات اجتماعی می‌شناسد. از این‌رو در اسلام هرگونه تلاش برای زدودن فقر و استحکام خانواده مورد تأکید قرار گرفته است.

امروزه بسیاری از خانواده‌ها تحت سرپرستی تنها یک والد قرار دارند. در این‌گونه موارد ضروری است که والد مذکور همان وظایفی را که زن و شوهر به طور هم‌زمان با مشارکت هم انجام می‌دهند، به عهده گیرد، اما حمایت و پشتیبانی لازم را باید خارج از رابطه زناشویی تأمین کند. بخش مهمی از فرآیند کار با خانواده‌های تک‌والدی، تعیین منابع حمایت و شبکه اجتماعی موجود برای این نوع خانواده‌ها و کنترل و هدایت آن‌ها است. حمایت اجتماعی در خانواده‌های تک سرپرست اثر بسیار مهمی در محافظت کودکان از سوءرفتار دارد (تالی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). نهاد خانواده سیستمی فعال و پویا است که عناصر موجود در آن برای برقراری تعادل و بقاء بر روی هم تأثیر متقابل دارند، در این میان زنانی که به دلایل متعددی چون فوت، از کار افتادگی، اعتیاد، طلاق، مهاجرت مردان سرپرست خانوار، عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می‌گردند، بار مضاعفی را بر دوش می‌کشند. از طرفی تأمین درآمد خانواده و امرار معاش در غیاب همسر و سرپرست و از سویی دیگر نقش مادرانه و تربیتی و تأمین‌کننده بهداشت روان فرزندان بر عهده این دسته از زنانی است که به عنوان زنان سرپرست خانوار مطرح می‌باشند.

طی ده سال گذشته تعداد خانواده‌های تحت سرپرستی زنان یک میلیون و ۶۴۱ هزار نفر اعلام شده که مرگ همسر و طلاق به عنوان مهم‌ترین عامل برای سرپرستی زنان در خانواده محسوب می‌شود (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵). همچنین بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی

سرشماری عمومی ۱۳۸۵ کل کشور، حدود ۸ درصد از زنان ۱۰ سال به بالای کشور بیوه و مطلقه بوده‌اند. با افزودن آمار خانواده‌هایی که با وجود در قید حیات بودن مرد (به دلایل جسمی و یا اجتماعی)؛ زنان سرپرستی خانواده را عهده‌دار هستند، اهمیت مطالعه خانواده‌های زن سرپرست خانوار در جامعه روشن می‌شود. همچنین بر اساس اطلاعات موجود در سرشماری‌های ۸۵-۱۳۷۵ میزان زنان سرپرست خانوار کل کشور از ۸/۴ درصد به ۹/۴ درصد افزایش یافته، در حالی که سهم اشتغال آنان از ۱۵/۸ درصد به ۱۴/۵ درصد کاهش داشته است (همان منبع).

زنان شاغل در ایران به دلیل پذیرش و ایفای تعهدات بیش‌تر و جدیدتر با فشارهایی مواجه هستند که یکی از این فشارها تعارض کار / خانواده است که چنانچه مدیریت نشود، می‌تواند پیامدهایی ناخواسته بر انسجام اجتماعی و کارکردهای خانواده و نیز سلامت روانی و اجتماعی اعضای آن داشته باشد. رستگار خالد (۱۳۸۳) در پژوهش خود ضمن شناسایی حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مقابله با فشار و سازوکارهای آن، به نتایج انتظارات ناشی از نقش جنسیتی پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که دلایل بروز تعارض کار/خانواده و انتخاب راه‌های مقابله با آن، متأثر از الگوی سنتی تقسیم کار جنسیتی است. زنان نیاز دارند که با وجود انتظارات نقش خانوادگی بیش‌تر و اضافه بار نقش خانوادگی، برای ترکیب نقش و پرهیز از تعارض و یا کنترل آن از سوی منابعی در خانواده که با کاستن از سطح انتظارات خانوادگی و جلوگیری از فشارها و تعارضات خانوادگی، به آن‌ها اجازه پرداختن به نقش‌های کاری را بدهد، حمایت شوند.

نتایج گزارشات بالینی و مطالعات کنترل شده حاکی از آن است که تعداد نقش‌هایی که زنان سرپرست خانوار در غیاب همسر دارند و مشکلاتی که در زمینه مسایل اقتصادی، اجتماعی، جسمی، روانی، حقوقی و خانوادگی دارند، به عنوان عوامل استرس‌زا می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را در تمامی ابعاد تحت‌تأثیر قرار دهد (مطیع، ۱۳۷۸). آنان با مشکلاتی مانند محدودیت خدمات بیمه‌ای، ترس و نگرانی از آینده مبهم خود و فرزندان و

با سرپرست زن در پایین‌ترین سطح تملک دارایی و سرمایه برخوردار است. همچنین در این پژوهش نتایج نشان می‌دهد ساختار خانواده، درآمد، نژاد، مذهب، سن، تحصیلات، تعداد و سن فرزندان با شبکه ثروت مرتبط است.

ملوت و ساسلر<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی تحت عنوان "رشد کردن با مادران مجرد: پیشرفت شغلی دختران در اوایل قرن بیستم" رابطه بین ساختار خانواده و پیشرفت شغلی را برای انتخاب افراد به بازار کار مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که پیشرفت شغلی دختران در خانواده‌های با سرپرست زن چندان پایین‌تر از همسالانشان در خانواده‌های با سرپرست مرد نیست. کردانی مادران برخی از ناراحتی‌های تجربه شده‌ی دختران در حال کارشان را کاهش می‌دهد. بعد خانوار ومذهب بدون توجه به جنسیت سرپرست با پیشرفت شغلی دختران در ارتباط است.

سوپریا گریکیپتی<sup>۶</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر وام دادن به زنان بر روی آسیب‌پذیری و یا مقاوم‌سازی خانواده‌هایی با زنان سرپرست ادعان می‌دارد که علی‌رغم شواهدی دال بر تأثیر مثبت وام‌دهی بر زنان سرپرست خانوار، در هند نتایج متضادی را نشان می‌دهد. در کشور هندوستان وام‌های ارائه شده به زنان، به دارایی‌ها و درآمد خانواده آن‌ها تبدیل می‌شود نه به تملک و دارایی خود زنان اگر هدف از ارائه وام تقویت زنان است باید برنامه‌های دارایی‌های سودبخش‌تری برای آن‌ها اجرا گردد که خود زنان از آن‌ها بهره‌مند شوند. بنابراین اصلاح قوانین حقوقی گاهی نقش حمایتی بیش‌تری نسبت به کمک‌های اقتصادی ایفا می‌نماید.

در پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز شواهد تجربی و بالینی مؤید آسیب‌پذیری بیش‌تر زنان سرپرست خانوار در ابعاد مختلف اجتماعی و سلامت روان است. نوری (۱۳۸۲) در بررسی مقایسه‌ای میزان سلامت روانی و علائم ابعاد نه گانه آن بر حسب آزمون SCL-90-R در زنان سرپرست خانوار تحت و غیر تحت

محدودیت‌های قانونی مواجه هستند. نگرش منفی جامعه به ازدواج مجدد این زنان، درگیری با خانواده همسر و خانواده فرزندان ازدواج کرده و نامنی جامعه از جمله عواملی است که این زنان در زندگی هر روزه خود با آن روبه‌رو می‌شوند (همان منبع).

اکینسولا و پاپوچ<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) در پژوهشی تحت عنوان کیفیت زندگی خانواده‌های زن سرپرست در بوتسوانا<sup>۲</sup> نشان دادند کیفیت زندگی خانواده‌های زن سرپرست پایین‌تر از سایر خانواده‌ها بوده و رفتارهای غیر بهداشتی و مخاطره‌آمیز در آنان به دلیل فقر اقتصادی، فرهنگی و عدم آگاهی بیش‌تر است.

لوکشین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی تحت عنوان "مادران مجرد در روسیه: روش‌های خانواده در مقابله با فقر" به این نتیجه رسیده است که در طول سال‌های ۱۹۹۰ به بعد تعداد خانوارهای با سرپرست زن همچون فقر آن‌ها افزایش یافته است. هفت تحقیق طولی در روسیه برای بررسی نقش مقررات زندگی خانوارها در درآمد خانواده‌های با سرپرست زن و همچنین شناسایی عوامل اصلی تاثیرگذار در وضعیت درآمد این خانواده‌ها انجام شده است. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که توانایی مالی بالا و امکانات سطح بالای فرزندان در خانواده‌های با سرپرست زن این امکان را فراهم می‌سازد که این خانواده‌ها به صورت خانواده‌ای مستقل از دیگر اقوام زندگی کنند. در حالی که امروزه این‌گونه خانواده‌ها به طور رو به افزایشی در تلاش‌اند که در زمان‌های مشکلات اقتصادی با دوستان و اقوام زندگی کنند و وابسته باشند.

گرینشتاین<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی در مورد سرمایه و دارایی و شبکه ثروت میان خانواده‌های دارای فرزند با انواع متفاوتی از نوع سرپرستی‌ها (با دو سرپرست، سرپرست زن، سرپرست مرد)، به این نتایج دست یافته است که خانواده‌های مزدوج (با دو سرپرست) از ثروت بیش‌تری برخوردارند و خانواده‌های

1- Akinsola, H.A. Popouichj, M.

2- Botswana

3 - Lokshin, M

4 - Grinstein, M

5 - Mellott, L. M. &amp; Sassler, S.

6 - Supriya Garikipati

در جامعه ما مواجهه است به نظر می‌رسد فشارها و سختی‌های ناشی از آن بر روی زنان باعث می‌شود که سلامت و بهداشت روان اعضای خانواده تحت‌الشعاع قرار گیرد. یکی از این فشارها تعارض کار/خانواده است که چنانچه مدیریت نشود، می‌تواند پیامدهایی ناخواسته‌ای بر انسجام اجتماعی و کارکردهای خانواده و نیز سلامت روانی و اجتماعی اعضای آن داشته باشد درحالی که حمایت‌های اجتماعی و سازمانی می‌تواند از میزان اختلالات جسمانی و روانی احتمالی که این‌گونه خانواده‌ها را مورد تهدید قرار می‌دهد، کاهش دهد. همچنین بررسی نوع و میزان رابطه حمایت خانواده با سلامت روانی آنان و نیز بررسی تفاوت تأثیر نقش خانواده و دوستان در این دسته از کارکنان می‌تواند در شناسایی مشکلات آنان و ارائه سازو کارهای مناسب پیشگیرانه نقش به‌سزایی در تعدیل انتظارات شغلی از آنان و پیشگیری از تعارضات کار/خانواده و سایر فشارهای ناشی از بار تعدد و ترکیب نقش‌ها ایفا نماید.

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی و از نظر اجرا از نوع طرح‌های توصیفی - همبستگی است. در این پژوهش کلیه زنان شاغل در سپاه که به دلایلی چون مجرد بودن، فوت همسر، طلاق، داشتن همسر معلول و یا همسر بیمار از کار افتاده‌ای که قادر به اشتغال نمی‌باشد، داشتن همسری که خانه را ترک نموده (به دلیل حبس، ازدواج مجدد و ...) و مسئولیت نفقه خانواده را انجام نمی‌دهد، جزو جامعه آماری در این پژوهش محسوب شده‌اند. بدین منظور تعداد ۶۰ نفر در هفت استان ایلام، بوشهر، تهران، خراسان، زنجان، کرمان، کرمانشاه که در آمار خود بیش‌ترین تعداد پرسنل زن سرپرست خانوار را نیز اعلام کرده بودند، به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و هدفمند انتخاب شدند.

### ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

در این پژوهش از سه پرسش‌نامه مقیاس حمایت اجتماعی - مقیاس خانواده و دوستان، پرسش‌نامه

پوشش سازمان بهزیستی دریافت که زنان سرپرست خانوار در انتظار پوشش به طور معنی داری از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش افسرده‌تراند. زنان سرپرست خانوار تحت پوشش به ترتیب شدت علائم افسردگی، شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افکار پارانوئیدی، اضطراب، وسواس، پرخاشگری، اضطراب فوبیک و روان‌پریشی کم‌تری را نسبت به گروه زنان سرپرست خانوار در انتظار حمایت نشان می‌دهند.

طهماسبی (۱۳۸۵) نیز در پژوهشی تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی که بر روی ۱۳۵ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی جنوب شهر تهران انجام شد، نشان داد که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با سن، میزان تحصیلات، با میزان مهارت فنی و حرفه‌ای، با مدت سرپرستی، و با علت سرپرستی آنان رابطه معنی‌داری داشته و با متغیرهای تعداد فرزندان، بعد خانوار و وضعیت مسکن از لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود ندارد.

علیا (۱۳۸۰) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی مقایسه‌ای تأثیر عوامل استرس‌زا و رابطه آن با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده و غیر سرپرست" که بر روی نمونه ۶۰ نفری (۳۰ نفر سرپرست و ۳۰ نفر غیر سرپرست) انجام گرفته است، نتایج نشان داد که زنان سرپرست خانواده نسبت به زنان غیر سرپرست خانواده میزان استرس بیش‌تری را در زمینه مسائل اقتصادی، اجتماعی، حقوقی، جسمی، روحی و خانوادگی متحمل می‌شوند. عمده‌ترین عوامل استرس‌زا در زنان سرپرست خانواده به زنان غیر سرپرست، مسائل جسمی - روانی است. علاوه بر این زنان سرپرست خانواده از کیفیت زندگی پایین‌تری در بعد سلامت برخوردارند.

زنان سرپرست خانوار شاغل در سپاه پاسداران نیز با توجه به ماهیت شغلی و سازمانی خود از یک‌سو، و مسئولیت‌های مضاعف ایفای نقش مادری خود در خانواده از سوی دیگر، بار مضاعفی را بر دوش می‌کشند. از آن‌جا که اشتغال این زنان با مشکلات و موانع جدی

اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردیده که دربرگیرنده ۴ مقیاس می‌باشد که هر مقیاس حاوی ۷ سؤال است. مقیاس‌های آن عبارت‌اند از: علائم جسمانی<sup>۶</sup>، اضطراب و اختلال خواب<sup>۷</sup>، اختلال در کارکرد اجتماعی<sup>۸</sup>، افسردگی شدید. این پرسش‌نامه شامل ۷ ماده و کل مجموعه شامل ۲۸ ماده است.

گلدبرگ (۱۹۷۸) همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۰/۸۰ گزارش نمود. در ایران نیز تحقیقات متعددی بر روی جمعیت‌های مختلف آماری دانشجویان، دانش‌آموزان و کارمندان به عمل آمده است که برخی از آنان به شرح زیر می‌باشد: هومن (۱۳۷۶)، پالانگ (۱۳۷۴)، یعقوبی (۱۳۷۵)، مجاهد (۱۳۷۴) یزدان‌پناه (۱۳۷۵)، میرخشتی (۱۳۷۵) و صولتی (۱۳۷۷). اعتبار پرسش‌نامه نسخه فارسی GHQ-28 را به ترتیب به میزان ۰/۸۴، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۶۲، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش نموده‌اند (حمیدی، ۱۳۸۲).

#### نتایج

فرضیه: بین وضعیت حمایت اجتماعی (خانواده و دوستان) زنان سرپرست خانوار در سپاه پاسداران با سلامت عمومی (و خرده مقیاس‌ها) آنان، رابطه معناداری وجود دارد.

به منظور بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی از روش همبستگی پیرسن استفاده شده است.

سلامت عمومی به منظور بررسی ساخت خانواده، وضعیت اقتصادی و فرهنگی زنان سرپرست خانوار استفاده شده است:

۱- مقیاس حمایت اجتماعی - مقیاس خانواده PSSFA<sup>۱</sup> و مقیاس دوستان PSSFR<sup>۲</sup>

مقیاس‌های «حمایت اجتماعی - خانواده» و «حمایت اجتماعی - دوستان»، دو پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی برای سنجش میزان رضای انسان از حمایت دوستان و خانواده است. تفاوت حمایت اجتماعی دوستان و خانواده در این است که شبکه دوستان انسان از شبکه خانوادگی کوتاه مدت‌تر است و حفظ شبکه دوستان در مقایسه با خانواده، مستلزم کارایی اجتماعی بیش‌تری است. این تفاوت تا حدی به این علت است که آدم‌ها شبکه خانواده را حق طبیعی خود می‌دانند، حتی که با تولد به آن‌ها تعلق می‌گیرد. هر دو مقیاس حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۹۰ از پایایی درونی بالایی برخوردارند. آلفای نهایی برای مقیاس‌های "حمایت اجتماعی - خانواده" بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ و برای مقیاس "حمایت اجتماعی - دوستان" بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ است. همچنین هر دو مقیاس از روایی هم‌زمان خوبی برخوردارند. نمرات مقیاس‌ها با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. نمرات "مقیاس حمایت اجتماعی-خانواده" با حمایت محسوس و نامحسوس اعضای خانواده و نمرات "مقیاس حمایت اجتماعی - دوستان" با مدت زمان عضویت فرد در شبکه اجتماعی و میزان متقابل بودن رابطه قابل پیش‌بینی بود. ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از این مقیاس‌ها با شخصیت سنج کالیفرنیا<sup>۳</sup> و وابستگی بین اشخاص<sup>۴</sup> معنادار بود (ثنایی ۱۳۷۹: ۱۳۸).

۲- پرسش‌نامه سلامت عمومی GHQ-28 گلدبرگ و هیلر<sup>۵</sup> که در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سؤالات آن بر

- 1 - Perceived Social Support from Family.
- 2 - Perceived Social Support from Friends.
- 3-California Personality Inventory.
- 4-Interpersonal Dependency.
- 5 - Goldberg & Hiller.

- 6 - somatic symptoms.
- 7 - anxiety and insomnia.
- 8 - social dysfunction.

جدول ۱ - ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی (نمره کل) با سلامت روان و خرده مقیاس‌ها

متغیر	ضریب همبستگی r	سطح معناداری sig
وضعیت جسمانی A	-۰/۱۳۲	۰/۳۴۲
اضطراب و اختلال خواب B	-۰/۲۵۱	۰/۰۶۷
کنش‌وری یا کارکرد اجتماعی C	-۰/۲۱۴	۰/۱۲۰
افسردگی D	**۰/۴۹۸	۰/۰۰۰
سلامت روان GHQ	**۰/۳۳۰	۰/۰۱۵

\*همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است .

\*\* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است .

اجتماعی با سایر خرده مقیاس‌های سلامت روانی، فرضیه صرفاً بیانگر رابطه معنادار با خرده مقیاس افسردگی D است ( $p \leq ۰/۰۱$  و  $r = -۰/۴۹۸$ ). بنابراین می‌توان با ۰/۹۹ اطمینان فرضیه تحقیق را در مورد یک خرده مقیاس تأیید نمود. بدین معنا که هر چه فرد از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشد، از افسردگی کم‌تری نیز برخوردار خواهد بود.

همچنین به منظور بررسی دقیق‌تر میزان رابطه نوع حمایت اجتماعی با میزان سلامت روانی در نمونه مورد بررسی، نتایج میزان ضریب همبستگی بین این دو متغیر در جدول شماره (۲) آمده است.

همان‌گونه که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی (نمره کل) در نمونه مورد بررسی، مشاهده می‌شود ( $p \leq ۰/۰۵$  و  $r = -۰/۳۳۰$ ). بنابراین می‌توان با ۰/۹۵ اطمینان فرضیه تحقیق را تأیید نمود. بدین معنا که هر چه فرد از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشد، وضعیت سلامت روانی او نیز بهتر خواهد بود. لازم به ذکر است نمره منفی بیانگر معکوس بودن نمره حمایت اجتماعی با افزایش نمره سلامت روان است. هر چه نمره سلامت روانی بیشتر باشد، نشان دهنده وضعیت عدم سلامت روانی خواهد بود. همچنین در خصوص رابطه حمایت

جدول ۲ - ضریب همبستگی بین حمایت خانواده با سلامت روان و خرده مقیاس‌ها

متغیر	ضریب همبستگی r	سطح معناداری Sig
وضعیت جسمانی A	-۰/۱۹۴	۰/۱۵۵
اضطراب و اختلال خواب B	**۰/۳۸۷	۰/۰۰۳
کنش‌وری یا کارکرد اجتماعی C	-۰/۲۰۴	۰/۱۳۵
افسردگی D	**۰/۵۰۴	۰/۰۰۰
سلامت روان GHQ	**۰/۳۹۱	۰/۰۰۳

\*همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است .

\*\* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است .

فرضیه تحقیق را تأیید نمود. بدین معنا که هر چه فرد از حمایت خانوادگی بیش‌تری برخوردار باشد، وضعیت بهداشت روانی او نیز بهتر خواهد بود. (لازم به ذکر است نمره منفی بیانگر معکوس بودن نمره حمایت خانواده با

همان‌گونه که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، رابطه معناداری بین حمایت خانواده و سلامت روانی (نمره کل) در نمونه مورد بررسی، مشاهده می‌شود ( $p \leq ۰/۰۱$  و  $r = -۰/۳۹۱$ ). بنابراین می‌توان با ۰/۹۹ اطمینان

فرضیه تحقیق را در مورد دو خرده مقیاس نیز تأیید نمود. بدین معنا که هر چه فرد از حمایت خانوادگی بالاتری برخوردار باشد، از افسردگی و اضطراب کمتری نیز برخوردار خواهد بود.

همچنین جدول ذیل نتایج آزمون همبستگی را در مورد حمایت دوستان با میزان سلامت روانی در نمونه مورد بررسی نشان می‌دهد.

افزایش نمره سلامت روان است. هر چه نمره بهداشت روانی بیش‌تر باشد، نشان‌دهنده وضعیت عدم بهداشت روانی خواهد بود.

در خصوص رابطه حمایت خانواده با سایر خرده مقیاس‌های بهداشت روانی، فرضیه بیانگر رابطه معنادار با خرده مقیاس افسردگی D ( $p \leq 0.01$ ) و ( $r = -0.504$ ) و خرده مقیاس اضطراب و اختلال خواب B است ( $p \leq 0.01$ ) و ( $r = -0.387$ ). بنابراین می‌توان با ۰/۹۹ اطمینان

جدول ۳ - ضریب همبستگی بین حمایت دوستان با سلامت روان و خرده مقیاس‌ها

متغیر	ضریب همبستگی r	سطح معناداری Sig
وضعیت جسمانی A	-۰/۰۷۸	۰/۵۷۶
اضطراب و اختلال خواب B	-۰/۱۰۰	۰/۴۷۳
کنش وری یا کارکرد اجتماعی C	-۰/۱۷۸	۰/۱۹۸
افسردگی D	-۰/۳۷۰	**۰/۰۰۶
سلامت روان GHQ	-۰/۲۰۳	۰/۱۴۰

\*همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

\*\*همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

منبع مقابله با فشار و سازوکارهای آن، و همچنین بررسی وضعیت اقتصادی زنان سرپرست خانوار شاغل در سپاه، رابطه این دو متغیر با سلامت و بهداشت روانی در نمونه مورد مطالعه نیز مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در نمونه مورد بررسی، وجود دارد ( $r = -0.330$ ). بنابراین می‌توان با ۰/۹۵ اطمینان ( $p \leq 0.05$ ) فرضیه تحقیق را تأیید نمود. این یافته بدین معناست که هر چه فرد از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشد، وضعیت بهداشت روانی او نیز بهتر خواهد بود. همچنین یافته‌های به‌دست آمده رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی با خرده مقیاس افسردگی D را نشان می‌دهد ( $r = -0.498$ ). بدین معنا که هر چه فرد از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشد، احتمال بروز افسردگی در او کم‌تر خواهد شد. علاوه بر این نتایج به‌دست آمده بیانگر وجود رابطه معنادار بین حمایت خانواده و سلامت روانی در نمونه

همان‌گونه که در جدول (۳) ملاحظه می‌گردد، رابطه معناداری بین حمایت دوستان و سلامت روانی (نمره کل) صرفاً در خرده مقیاس افسردگی D در نمونه مورد بررسی، مشاهده می‌شود ( $p \leq 0.01$  و  $r = -0.370$ ) بنابراین می‌توان با ۰/۹۹ اطمینان فرضیه تحقیق را تأیید نمود. بدین معنا که هر چه فرد از حمایت دوستان بیش‌تر بهره‌مند شود، احتمال بروز افسردگی در او کم‌تر خواهد بود.

### بحث

زنان سرپرست خانوار، به دلیل پذیرش و ایفای تعهدات بیش‌تر و جدیدتر با فشارهایی مواجه هستند که یکی از این فشارها تعارض کار/خانواده است که چنانچه مدیریت نشود، می‌تواند پیامدهایی ناخواسته بر انسجام اجتماعی و کارکردهای خانواده و نیز سلامت روانی و اجتماعی اعضای آن داشته باشد. در این پژوهش ضمن شناسایی حمایت اجتماعی به عنوان یک

نقش‌های کاری را بدهد، حمایت شوند و برای مردان نیز ضروری است که با وجود اضافه بار نقش شغلی و انتظارات نقش کاری بیش‌تر از سوی منابعی در کار که به آن‌ها فرصت اختصاص وقت و انرژی متناسب با تعهدات گسترش یافته خانوادگی‌شان را بدهد، مورد حمایت قرار گیرند. البته مبارک (۱۳۸۳: ۱۹۳) در یافته‌های پژوهشی خود نشان داد که سطح تحصیلات مادر در گرایش فرزندان به سمت آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی تأثیر دارد. هر قدر بر میزان تحصیلات مادر افزوده شود، از آسیب‌ها نیز کاسته می‌گردد. وضعیت نامناسب اقتصادی، پایین بودن سطح درآمد، زندگی در محلات شلوغ و پرجمعیت، فضاهای کوچک، وضعیت بد تغذیه، نوع تملک مسکن در بروز آسیب‌های اجتماعی مؤثر هستند. ارتباط با بستگان و اقوام به ویژه پدربزرگ و مادربزرگ، دایی، عمو، عمه و ... در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در برابر فرزندان خانواده‌های تک سرپرست نقش حساس و مهمی برعهده دارند. همچنین ارتباط با گروه همسالان و دوستان نیز در این زمینه قابل توجه است. همچنین یافته‌های حاصل از پژوهش قجاوند (۱۳۸۲) در مورد *تأثیر اشتغال زنان سرپرست خانوار بر بهداشت روان فرزندان/نشان* نیز نشان می‌دهد که بین سلامت روان فرزندان زنان سرپرست خانوار در مقایسه با فرزندان زنان غیر شاغل تفاوت آماری معناداری وجود داشته است. بدین معنا که فرزندان زنان شاغل از اعتماد به نفس بالاتری در مقایسه با فرزندان زنان غیر شاغل برخوردارند. همچنین فرزندان زنان سرپرست خانوار از نمره اختلال کارکرد اجتماعی کم‌تر و نمره اضطراب کم‌تری در مقایسه با فرزندان زنان غیر شاغل برخوردار بودند. اما میزان رضایت از زندگی به طور محسوسی در میان فرزندان زنان غیر شاغل بالاتر از فرزندان زنان شاغل گزارش شده است.

با توجه به مشکلات و موانع موجود بر سر راه زنان سرپرست خانوار و حمایت‌های ناکافی جامعه و دولت، لزوم اصلاح قوانین جهت رفع مسائل موجود احساس می‌شود. به علاوه تصویب قوانین اجتماعی از جهت بیمه و خدمات رفاهی، ضروری به نظر می‌رسد. اگر در

مورد بررسی است ( $r = -0/391$ ). بدین معنا که هر چه فرد از حمایت خانوادگی بیش‌تری برخوردار باشد، وضعیت بهداشت روانی او نیز بهتر خواهد بود. یافته‌های حاصله نیز مؤید رابطه معنادار حمایت خانواده با خرده مقیاس افسردگی D ( $r = -0/504$ ) و خرده مقیاس اضطراب و اختلال خواب B است ( $r = -0/387$ ). بنابراین می‌توان با ۰/۹۹ اطمینان ( $p \leq 0/01$ ) فرضیه تحقیق را در مورد دو خرده مقیاس نیز تأیید نمود. بدین معنا که هر چه فرد از حمایت خانوادگی بالاتری برخوردار باشد، از افسردگی و اضطراب کم‌تری نیز برخوردار خواهد بود. در مورد حمایت اجتماعی دوستان، در کل یافته‌های به‌دست آمده ارتباط معناداری را با سلامت روانی در نمونه مورد مطالعه نشان نمی‌دهد اما همچنین یافته‌های حاصل از پژوهش مؤید وجود رابطه معنادار بین حمایت دوستان و خرده مقیاس افسردگی D در نمونه مورد بررسی است. ( $r = -0/370$ ). بنابراین می‌توان با ۰/۹۹ اطمینان ( $p \leq 0/01$ ) فرضیه تحقیق را تأیید نمود. بدین معنا که هر چه فرد از حمایت دوستان بهره‌مند شود، احتمال بروز افسردگی در او کم‌تر خواهد بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهشی آقامحمدیان شهرباف و همکاران (۱۳۸۵: ۲۱) همخوانی دارد. در آن پژوهش یافته‌های به‌دست آمده نشان داد که بین حمایت خانواده و سلامت روانی نوجوانان و نیز کلیه زیر مقیاس‌های سلامت روانی (علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی، اختلال در کنش اجتماعی) رابطه معنی‌داری وجود دارد اما بین سلامت روانی و نیز کلیه زیر مقیاس‌های سلامت روانی و حمایت دوستان رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. پژوهش رستگار خالد (۱۳۸۳) نیز نشان می‌دهد زنان به برخورداری از حمایت خانوادگی بیش‌تر تمایل دارند و مردان حمایت شغلی را برای مقابله با فشار می‌گزینند. زنان نیاز دارند که با وجود انتظارات نقش خانوادگی بیش‌تر و اضافه بار نقش خانوادگی، برای ترکیب نقش و پرهیز از تعارض و یا کنترل آن از سوی منابعی در خانواده که با کاستن از سطح انتظارات خانوادگی و جلوگیری از فشارها و تعارضات خانوادگی، به آن‌ها اجازه پرداختن به



قبیل احداث مراکز ورزشی تفریحی، می‌تواند به توانمندسازی آن‌ها کمک نماید.

- توجه بیش‌تر مسئولین به خانواده‌های زنان سرپرست خانوار به صورت بازدیدهای مستقیم و سرکشی به منزل آنان و یا تشکیل گروه‌های خدمت رسانی با اهداف کاربایی، مدیریت بحران‌های خانوادگی ایشان و صدور دستورات مقتضی جهت پیگیری و رفع مشکلات آنان.

- کمک‌های نقدی و غیر نقدی به صورت مستمر در قالب کارت‌های خرید و یا اقلام مورد نیاز خانواده‌ها.  
- ارائه تسهیلات آموزشی، بهداشتی، ورزشی و درمانی برای فرزندان و خانواده‌های آنان به منظور ترغیب بیش‌تر آنان به ارتقاء سطح کیفی اطلاعات، آگاهی و بینش آنان.  
- نظارت مستمر بر اعمال مقررات قانون کار نسبت به زنان سرپرست خانوار.

اصلاح قوانین و ارائه راه‌کارها جهت رفع مشکلات زنان سرپرست خانوار با رویکرد توانمندسازی زنان به مسائل ایشان پرداخته شود، به آن‌ها کمک خواهد شد تا حداقل مدت کوتاهی به چرخه‌های حمایتی دولت وابسته باشند، سپس با استقلال اقتصادی به زندگی در سطح مناسب ادامه دهند. با توجه به نتایج فوق می‌توان جهت حل مشکلات زنان سرپرست خانوار به راهبردهای زیر اشاره کرد:

- شناسایی، حمایت و تأمین اقشار آسیب دیده نیازمند (اعم از شاغل و یا بازنشسته و غیر شاغل مانند همسران شهدا) در سپاه به منظور تحقق عدالت اجتماعی.  
تقویت نظارت و ضمانت اجرای قوانین و آیین‌نامه‌ها در خصوص زنان و کودکان بی‌سرپرست در برنامه پنجم توسعه.  
- سازماندهی بیمه‌های مختلف تأمین آتیه، بیمه عمر و غیره جهت تضمین زندگی آینده و تسهیل استفاده زنان سرپرست خانوار از بیمه‌های فوق برای تضمین آینده نامطمئن.

- توانمندسازی زنان سرپرست خانوار شاغل در سپاه از طریق ارتقاء سطح آموزش کارآفرینی به آنان در عرصه‌های مختلف اقتصادی، فرهنگی و ....  
- ضرورت تأسیس صندوق حمایت از زنان سرپرست خانوار در جهت ایجاد استقلال و خودکفایی و فعال کردن گروه‌های همیار زنان بی‌سرپرست در سپاه.  
- واگذاری وام‌هایی با بهره کم و یا قرض الحسنه به منظور تأمین مسکن و سایر تجهیزات و امکانات رفاهی مورد نیاز آنان.

- افزایش سطح درآمدها و کاهش و یا معافیت مالیاتی برای زنان سرپرست شاغل و بازنشسته در سپاه.

- توجه بیش‌تر به وضعیت اسکان و خدمات بیمه شاغلین و بازنشستگان و در صورت امکان در اختیار قرار دادن منازل سازمانی به آنان تا زمانی که شرایط لازم جهت خرید مسکن در آن‌ها ایجاد شود.

- حمایت‌های دولتی در زمان بازنشستگی، ارایه خدمات مشاوره‌ای و روانشناسی به آن‌ها و فرزندان‌شان و فراهم کردن زمینه‌هایی برای فعالیت‌های اجتماعی از

منابع

- ۱- آقامحمدیان شهرباف و همکاران (۱۳۸۵ : ۲۱). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی (خانواده - دوستان) و سلامت روانی نوجوان.
- ۲- ثنایی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.
- ۳- حمیدی، فریده (۱۳۸۲). بررسی وضعیت بهداشت روانی فرزندان نوجوان جانبازان در ۲۲ استان کشور. مجموعه مقالات اولین همایش علمی تخصصی جانباز و خانواده، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ص ۳۹-۷۳
- ۴- دفتر آمار و فناوری اطلاعات (۱۳۸۴). سالنامه آماری سال ۱۳۸۴ کمیته امداد امام خمینی (ره). معاونت برنامه ریزی و امور مجلس، دفتر آمار و فناوری اطلاعات ص ۷۷-۹۰
- ۵- رستگار خالد (۱۳۸۳ : ۵۵) در پژوهشی تحت عنوان رابطه کار / خانواده: تفاوت‌های جنسیتی در برخورداری از حمایت اجتماعی
- ۶- علیا، زهرا (۱۳۸۰) بررسی مقایسه‌ای تأثیر عوامل استرس زا و رابطه آن با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده و غیر سرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۷- قجاوند، کاظم (۱۳۸۲). بررسی تاثیر اشتغال زنان سرپرست خانوار بر بهداشت روان فرزندان. پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان ونوجوانان. معاونت پژوهشی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان. ص. ۷۵ تا ۷۶.
- ۸- طهماسبی، اعظم (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی منطقه جنوب تهران و رابطه آن با مشخصات فردی، خانوادگی آنان. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مددکاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۹- مارموت، مایکل. ویلکینسون، ریچارد (۱۳۸۶) مولفه‌های اجتماعی سلامت، ترجمه علی منتظری، تهران؛ انتشارات سازمان جهاد دانشگاهی پژوهشکده علوم بهداشتی
- ۱۰- مبارک (۱۳۸۳: ۱۹۳) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی علل آسیب‌شناسی اجتماعی خانواده‌های تک‌سرپرست در یک وزارت‌خانه»
- ۱۱- مرکز آمار ایران (۱۳۸۱). زنان سرپرست خانوار در ایران (ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی).
- ۱۲- مرکز آمار ایران (۱۳۸۵) سرشماری عمومی نفوس و مسکن .
- ۱۳- مطیع ، ناهید (۱۳۷۸). زنان بدون مردان چگونه زندگی را اداره می کنند، مجله زنان، سال هشتم، شماره‌های ۵۵، شهریور .
- ۱۴- میرفردی، اصغر. عطایی، الهه (۱۳۸۸). آسیب‌شناسی فرهنگی و اجتماعی خانواده‌های «زن سرپرست» در جامعه ایرانی.
- ۱۵- معتمدی شلمزاری و همکاران (۱۳۸۱ ص ۷۵) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال»
- ۱۶- نوری، مهشید (۱۳۸۲). بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران، معاونت پژوهشی، دانشگاه بهزیستی.
- 17- Akinsola, H.A.Popouichj,M.( 2002).The Quality of Life of familial-of-Female- Headed Households in Botsuana. A Secondary Analysis of Case Study. Health Care Women int.23 (6-7), PP 761-72.
- 18- Chant, Sylvia.(2002). Whose Crisis? Public and popular reactions to Family Change in Costa Rica. In Christopher Abel and Colin Lewisleds. Education and Engagement: Social olcy in Latin America, London : Institute of Latin American studies, PP 349-377.
- 19- Grinstein , M., Weiss, Yeong Hun Yeo, Min Zhan, Pajarita Charles(2008). Asset holding and net worth among households with children: Differences by household type ,journal of Children and Youth Services Review, Volume 30, Issue 1, January, Pages 62-78.
- 20- Lokshin , M., Kathleen Mullan Harris and Barry M. Popkin (2000). Single Mothers in Russia: Household Strategies for Coping with Poverty .World Development, Volume 28, Issue 12, December 2000, Pages 2183-2198
- 21- Mellott, Leanna M. & Sharon Sassler (2007) growing up with single mothers: Occupational attainment of daughters in the early 20th century Research in Social Stratification and Mobility, Volume 25, Issue 1, Pages 73-88.
- 22- Goldberg DP.( 1972) .The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press,
- 23- Goldberg DP, Hillier VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. Psycho Med. Feb; 9 (1):139-45
- 24- Supriya Garikipati (2008).The Impact of Lending to Women on Household Vulnerability and Women’s Empowerment: Evidence from India .Journal of World Development, Volume 36, Issue 12, December, Pages 2620-2642.
- 25- Taley, Y (1998) .Integration into work of unemployed new immigrant women from single parent family. INT- J-Rehabil-Res, Vol 21, No 2, pp 165-203.